

## 就任講演

### 精神科救急病院での看護の試み

筒 口 由美子

精神看護学 教授

#### I はじめに

精神保健領域では、1995年に精神保健法から精神保健福祉法に改正され、精神障害者の早期治療や社会復帰に向けた援助が注目されてきており、その技法やプログラムの明確化へのニーズが高まっている。

千葉県精神科医療センター（以下、センターと記す）では、入院初期の治療とケアが予後を左右するという考えのもとに、3ヶ月を限度に、短期集中治療と早期リハビリテーションを実施している。

24時間体制の精神科救急病院という特性から、患者を受けるために、空きベッドを常に確保しておくことが必須の条件となる。そのためにも、「いかに短期間のうちに退院に結びつけるか」「いつまでに、だれが、何を、どのように行うのか」というリハビリテーションのための看護が問われている。

ここでは、センターを紹介し、演者らの実践してきた経験を基に、＜退院準備に関する援助＞に焦点を当てて考察し、早期リハビリテーションを促進していく看護婦の役割を明らかにしたい。

#### II センターの概要

センターは、千葉県下で発生する精神科救急ケースに対して、良質な医療サービスを迅速に提供することを第一義的任務として、1985年6月1日に診療業務を開始している。開設時は41床であったが、その後1994年に9床増築し、現在では50床になっている。

##### 1. 診療方針

精神科救急ケースに24時間体制で対応し、入院を要する患者に対しては、原則として3ヶ月以内の集中的入院医療を施し、関連機関と連携しつつ、患者の在宅ケアとリハビリテーションを支援していくこ

とにある。

##### 2. 運営の4つの基本方針

###### 1) 即応性

新患・再来患者を問わず24時間の診療受付体制と電話相談を行っている。

###### 2) 集中性

3ヶ月の入院期間という、期間を限定して短期集中治療と早期リハビリテーションを行っている。

###### 3) 継続性

急性期から回復したケースな再発予防とリハビリテーション促進のための外来活動・ケースワーク活動・デイホスピタルでの活動を行っている。

###### 4) 包括性

①精神医学的な視点はもとより、家族状況や経済状態などあらゆる角度から情報を収集し、治療活動にフィードバックしていく。

②在宅ケアに関わりを持つ地域社会のスタッフをできるだけ包括的に動員してサポートネットワークを拡充し、リハビリテーションの重点を地域社会の側に押し出す。

##### 3. 職種別職員数

表1参照。小規模病院にしては、かなりの重装備の人員配置になっている。

##### 4. 診療状況

表2と図参照。

##### 5. 診療各部門のタスク

表3参照。

##### 6. 自律性と関係性の障害

表4参照。

##### 7. 治療の3段階のそれぞれの課題

表5参照。

##### 8. 急性期入院治療のプロセス

表6参照。

### Ⅲ 研究の対象および方法

対象として、退院した患者のうち、センターのデイホスピタルへの動機付けをし、家族との共同の生活に戻った者を1例選択し、精神科早期リハビリテーションのための看護援助について考察する。

### Ⅳ 結果—看護の実際—

#### 1. 事例

山田さん、女性、26歳、精神分裂病

#### 2. 入院に至った過程

山田さんは、高卒後、スーパーに就職した。翌年9月の研修後、「耳元で他愛のない話が聞こえる、他人の記憶が入り込む」「物が変に見える」という体験が始まり、その後、寮の部屋に閉じこもるようになった。その翌年の1月に山田さんが辞表を出して退職となり、家族が自宅に引き取った。自動車学校に通ったが、試験に失敗してから緘黙となり自閉的な生活を送っていた。12月31日（山田さん、23歳）に家族が意を決して、センターを受診させ、医療保護入院となった（入院期間は4ヶ月）。

退院後も自閉的な生活が続いた。デイホスピタルへの通所を勧めたが、かたくなに拒んだ。通院は定期的で、ごく緩やかなペースで自発性を増し、翌年1月にアルバイトを始めた。6月に通院を中断し始め、仕事にも行かなくなった。昼夜逆転し、身の回りのことが全くできなくなった。家族とは全く言葉を交わさないため、外来保健婦からの電話による促しでようやく来院し、9月末日に入院となった。

#### 〔生育歴〕

父によると、元来、内気でわがまま、甘えん坊だったと言う。実母は、山田さんが小学校4年の時に死亡した。その後に初潮を迎えたが、自分では手当てをしないため、父が世話をしていた。高卒後4年制大学を希望したが、父は短大を勧めた。結局、国立を受験してダメなら短大ということで臨んだところ不合格だった。山田さんは、それならば就職して独立すると決め、スーパーに就職し、寮生活を始めた。

#### 〔家族状況〕

実母の死後2年して、父が再婚し、まもなく男児（現在12歳）が誕生した。同胞には、1年年上の兄がいる。父方の祖父（82歳）と6人家族である。父は口は悪いが人がよく、治療に対して協力的でサポー

トの中心になる人である。義母は山田さんのことを心配してはいるが、及び腰である。山田さんは一方的に合わないと思っていた。祖父は、山田さんの通帳にそっとお金を振り込んだりしていたそうである。

#### 3. 入院してからの経過

1病棟の個室に入院し6日間を過ごした。2病棟では、個室で3日、4床室で59日を過ごし、入院期間68日で退院となった。

#### 【2病棟での山田さんの経過と看護の実際】

##### 1) 2病棟での前期（安心感を育んだ時期）

2病棟に転入の当初は睡眠障害があった。清潔面は言葉がけと介助が必要だった。ほとんど反応がなく、受持ち看護婦の挨拶に顔をちらりと見るだけだった。言葉によるコミュニケーションは困難だったので、無理強いしないようにした。睡眠と休息をとることを中心にしてもらい、安心できる場であることを感じてもらえるように配慮した。初めは、うなずくのみだったが、転入して1週間後には日常会話が可能になった。

##### 2) 2病棟の中期（受持ち看護婦になじみ始めた時期、その後の20日間）

山田さんは、予備校の入学手続きのことなど熱心に書き写したりしており、「専門学校へ行きたい。費用のために働きたい」と言っていた。スタッフの方からは、外来通院の時に拒んでいたデイホスピタルを選択肢にくわえるように提案した。

家族について、「家の中で一番話しやすい人は？」との問いかけに「どうしても答えるならお父さん。家は複雑だから、私は邪魔者なの」と答えた。山田さんからの話題提供がないことが気になった看護婦が、「山田さんから話しかけて」と促すと、「何でもいいの？」と嬉しそうで、色々話しが聞けた。父親と話をしないのは「私の部屋にタンスがあり、その中に父の薬が入っていた。部屋の出入りが多く、自分を見るためにそうしているようにも見えたので薬を外に出したら、『肋骨を折ってやる』と言われた。母と口をきかなかったのは、初めから馴染まなかった。初めはやってくれるが、次からは『自分でやりなさい』と言われ、話たくなかったから」ということであった。山田さんは、看護婦に家族との間の葛藤の気持ちを表現するようになってきた。また、山田さんが退職し、自宅にもどってから、家族との

間の溝が徐々に深くなっていったことがわかってきた。

医師からは、父に病気の説明をした。父の受け止めは確かではなく、家族間が疎遠なためと考えているようであった。

山田さんは、発病の頃のことを想起した。10月末頃には、「今はなんとなく聞こえる程度。以前は、2人の人が耳元で自分のことを言っているように聞こえた。頭の中で考えがグルグル回っていた。それが苦しかった」と語った。

担当者ミーティング（医師、看護婦、外来保健婦による）では、「退院時期のめやす」「デイホスピタルについては無理強いしない」「家族との疎通がはかれるようにする（面会時の工夫、家族との話し合いなど）」「外出、外泊の計画」を出し合った。

### 3) 2病棟の後期（看護婦と協同しはじめた時期）

この時期は、喫茶店への外出、自宅への外出、外泊を試み、徐々に現実とのつきあい方をとりもどしていくようにした。

11月6日に両親が来院した。母は、「わがママが高じている」という認識で、どうしたらよいかわからず戸惑っている様子だった。山田さんと父を中庭の散歩に誘ったが、父の言葉掛けに返事がなかった。山田さんは看護婦に「父は何を考えているかわからない」「母にはやさしくしてもらったことがない。買い物に出ると鍵をかけられてしまう」と話した。

10日後の11月16日、看護婦と外来保健婦同伴で自宅に外出した。山田さんは父にスーパーで働いていた時の不満をもらした。「自分で退職願いを出したのに父が来て連れ戻された。会社は本人に言わず父に連絡した。手続きもすべて父がして自分は何もしなかった。その後、部屋への父の出入りが一番イヤだった。父の薬を外に出したら、『殺してやる』と言われた（父も認める）」このように、山田さんはスタッフが同席している場で、父に対して気がかりを表現することができた。また、父も逃げないでしっかり対応していた。

その5日後、山田さんと父と看護婦と外来看護婦で外泊にあたって心配なことについて話し合った。山田さんは、「私の部屋に許可なしに入らないでほしい。食べ物は自分で取りに行くからそっとしておいてほしい」と提案した。看護婦と外来保健婦から

は、「無理に仲良くしようとせず、いやでない程度でよい。父はあまり細かいことを言わない方がよい。食事は一緒にしてみたらよい」と提案した。山田さんは、母が食事の時に「鼻水をたらして汚い」と言ったことを気にしていた。鼻水については「食事前にかむ。食事の最中の場合、別のところにかむ」ということで合意した。外泊中に、家族と共に食事の時間を過ごすことができた。

山田さんは「家で手伝いをさせられそう」といやそうであった。看護婦が「デイホスピタルに通うと生活リズムがつけられる。手伝いもしなくてすむ。学校、職探しもやってもらえる」と話すと、時間のことなど興味を示し始めた。そして、「デイホスピタルはグループでやる所なんでしょ」と気がかりを表現したので、グループのことを余り気にしなくてすむ利用の仕方もあることを助言した。すると、山田さんは「ワープロをやりたい」と提案してきた。結局、退院の1週間前には、デイホスピタルに通うことに決めて、見学参加を始めた。

## V 考察

### 1. 時間と仕事の構造化

山田さんの場合は、「家族と共同の生活にもどること」をゴールとした。再燃の要因としては「義母、義弟を含む6人家族の中で、安心した生活が困難であったこと」「アルバイト先でのストレスに対処できず、1人で悩んでいたこと」「通院・服薬を中断したこと」が考えられた。

山田さんの自宅への復帰を可能にするには、「家族と無理しない程度につきあえるようになること」「スタッフの中に相談相手を得ること」「（可能ならば）デイホスピタルの通所へ動機付けること」が必要であった。これらを達成する時間として2ヶ月を想定した。

2病棟への転入の当初から、受持ち看護婦と外来保健婦が協力しながら、「山田さんが、相談できるようになること」「家族が無理をしないで山田さんと過ごせるようになること」を目指して、家族との話し合いや外出・外泊などを進めていくことにした。

この事例から言えることは、「今回の入院で何をするのか」を見極め、「ゴールの設定」をし、退院後の生活をより安心なものにするためのサポート体

制を想定し、「退院までに達成しなければならない仕事 (task)」「いつまでに、だれが、何をどのように行うのか」ということを明確にしていることである。

以上は、1 回の入院で全てを解決するというものではなく、今回の入院での「時間と仕事の構造化」を明らかにしている。これらのことは、社会的資産をできるだけ損なわないで社会復帰することを可能にすると同時に、入院期間を短縮することにつながっている。ともすれば、再入院を繰り返すことで、脆弱性を増し、ストレスへの耐性が低くなり、社会生活能力を喪失し、病院から出られなくなるという事態になりかねない。その意味でも、早い時期に「時間と仕事の構造化」をすることは、早期リハビリテーションに欠かせない看護婦の役割である。

## 2. 患者と看護婦の共同の仕事

山田さんは、言葉によるコミュニケーションが困難だったので無理強いしなかった。次第に日常会話が可能になり、受持ち看護婦に、家族の気がかりを話すようになった。そして病気のいきさつについて想起し始めた。また看護婦が同席している場で、父親に対して気がかりを話し始めた。そして退院からの生活を想定して、仕事のことなど相談するようになった。「家族と無理をしない程度につきあう方法」「デイホスピタルの利用」について、面会や外泊および見学参加を活用しながら、実施と振り返りを共同で行い、次の課題を具体化した。

以上のように、「患者と看護婦の共同の仕事」を進めるには、まず、「安心感を育むケアを通して、病者が新たな対人関係を体験すること」「それによって、直面させられている問題に自ら取り組むことを動機付けていくこと」が必要である。この時期の看護婦―患者関係の展開が、その後の経過に大きく影響する。ここで、安心できる関係が育まれて初めて、「患者と看護婦の共同の仕事」の実現が可能になる。「患者と看護婦の共同の仕事」とは、病院を出てからの生活を想定して、患者自身が「どういうわけで、こんなことになったのか」「どうすれば、予防できるのか」「退院してからどんな問題が待ち受けているか」など、いろいろ考え整理し、必要な準備ができるように援助していくことである。

この「患者と看護婦の共同の仕事」は、退院と

時に地域での生活が再びはじめられるようにするための、最も重要な看護婦の役割である。

## 3. サポート体制の準備

山田さんは、前回の退院後も自閉的で家族との交流がほとんどなかった。両親は、そういう山田さんを、「いやがらせをしている」ととらえ、溝が深まる一方であった。この家族には、「病気の理解」と「無理しない生活の工夫」を援助したことが緊張を緩和するきっかけになった。また、自閉的になることを予防するために「外来保健婦との関係づくり」「デイホスピタルへの動機付け」を行った。

このように、地域での生活が再び始められるようにするには、「病者の保有するネットワークの活性化をはかり、地域での生活を持続する力量を高めていく」準備が必要である。

そのためには、まず、身近な人々のサポート力を見極めることが必要である。入院をめぐって、家族は動揺している。面会の機会を利用しながら、家族の不安を緩和していくことが重要である。「援助者としての家族」だけでなく、「生活者としての家族」の視点も忘れてはならない。その上で、「治療への協力を得ること」「患者との接し方への援助」を通して、家族や身近な人々のサポート状況を確認する。次に、必要に応じて、センター内の外来保健婦、相談員と協力しながらサポート体制を準備していく。さらに、必要ならば、地域スタッフと連携していく。

これらの準備は、入院してなるべく早い時期から始めることが望ましい。

この「サポート体制の準備」は、退院後の生活をより安心なものにするために必要不可欠な看護婦の役割である。

## 4. 医療チームのコーディネーターとしての役割

「3. サポート体制の準備」のところで述べたように、2 病棟では、今までの看護独自の機能と考えられてきた日常生活の援助を基礎にしながら、ソーシャルケースワークにも近い＜社会支援的な看護＞とでも呼ぶべき援助機能が要求されている。

このような援助は、主治医や受持ち看護婦だけでなく、家族や他職種（保健婦・相談員）との連携による、互いの特徴を活かした援助活動の展開が必須である。そのため、病棟内での援助の一貫として実施されている担当者ミーティングは、入院中と退院

# 精神科救急病院での看護の試み

後の目標の共有化と、サポート体制作りの重要な活動として評価できる。家族や他職種との連携による援助と担当者ミーティングが、患者の回復過程に応じてタイムリーに柔軟な形で、効率よく実施できるように、コーディネートする役割が受持ち看護婦に求められている。

この「医療チームのコーディネーターとしての役割」は、精神科早期リハビリテーションを推進する力になるものである。

## VI おわりに

以上、事例の看護援助を分析・考察し、精神科早期リハビリテーションにおける看護婦の役割を明ら

かにした。

「あたりまえの治療の場を設定する」「退院と同時に地域での生活が再び始められるようにする」ということは、なまやさしいことではない。これまでの精神科医療の中では未開拓のことであったので、試行錯誤の毎日であった。

4つの看護婦の役割は、どれ1つとして容易なものはない。この看護援助の質を高めるためには、患者・家族・看護チーム・医療チームなど、その時々向き合っている人との出会いを学びの場にしていくことが必要である。

現場では、さらに入院期間を短縮することを迫られている。看護婦の実践能力が問われている。

表1 職種別職員数（1997.4.1現在）

区 分		総 数	事務局	診療部	看護部	区 分		総 数	事務局	診療部	看護部
職 種						職 種					
事 務		10	10			作 業 療 法 士		1		1	
栄 養		1	1			精神保健福祉相談員		7		7	
医 師		9		9		保 健 婦		6			6
検 査 技 術		1		1		看 護 婦（士）		37			37
薬 剤 師		2		2		医 療 助 手		2			2
放 射 線 技 師		1		1		計		77	11	21	45

表2 診療状況（年度別診療状況）

区 分	年 度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度
1) 初 診 患 者 数 (人)		435	493	457	487
2) 入 院 件 数 (再入院を含む) (件)		324	364	369	396
3) 入 院 患 者 延 べ 数 (人)		14,281	16,945	16,676	17,101
4) 1 日 平 均 入 院 患 者 数 (人)		39.1	46.4	45.6	46.9
5) 退 院 件 数 (再入院を含む) (件)		318	358	372	396
6) 病 床 利 用 率 (%)		95.4	92.8	91.1	93.7
7) 病 床 回 転 率 (回)		8.3	7.8	8.2	8.5
8) 平 均 在 院 日 数 (日)		43.5	45.7	44.0	42.2
9) 外 来 患 者 延 べ 数 (人)		24,132	25,745	26,469	27,200
10) 1 日 平 均 外 来 患 者 数 (人)		66.1	70.5	72.3	74.5
11) デイホスピタル延べ数 (人)		4,300	5,273	5,296	5,188
12) 外 来 相 談 件 数 (件)		13,934	17,227	16,973	20,177
13) 電 話 相 談 件 数 (件)		14,050	15,772	16,386	18,601
14) 応 急 入 院 件 数 (件)		11	2	7	9

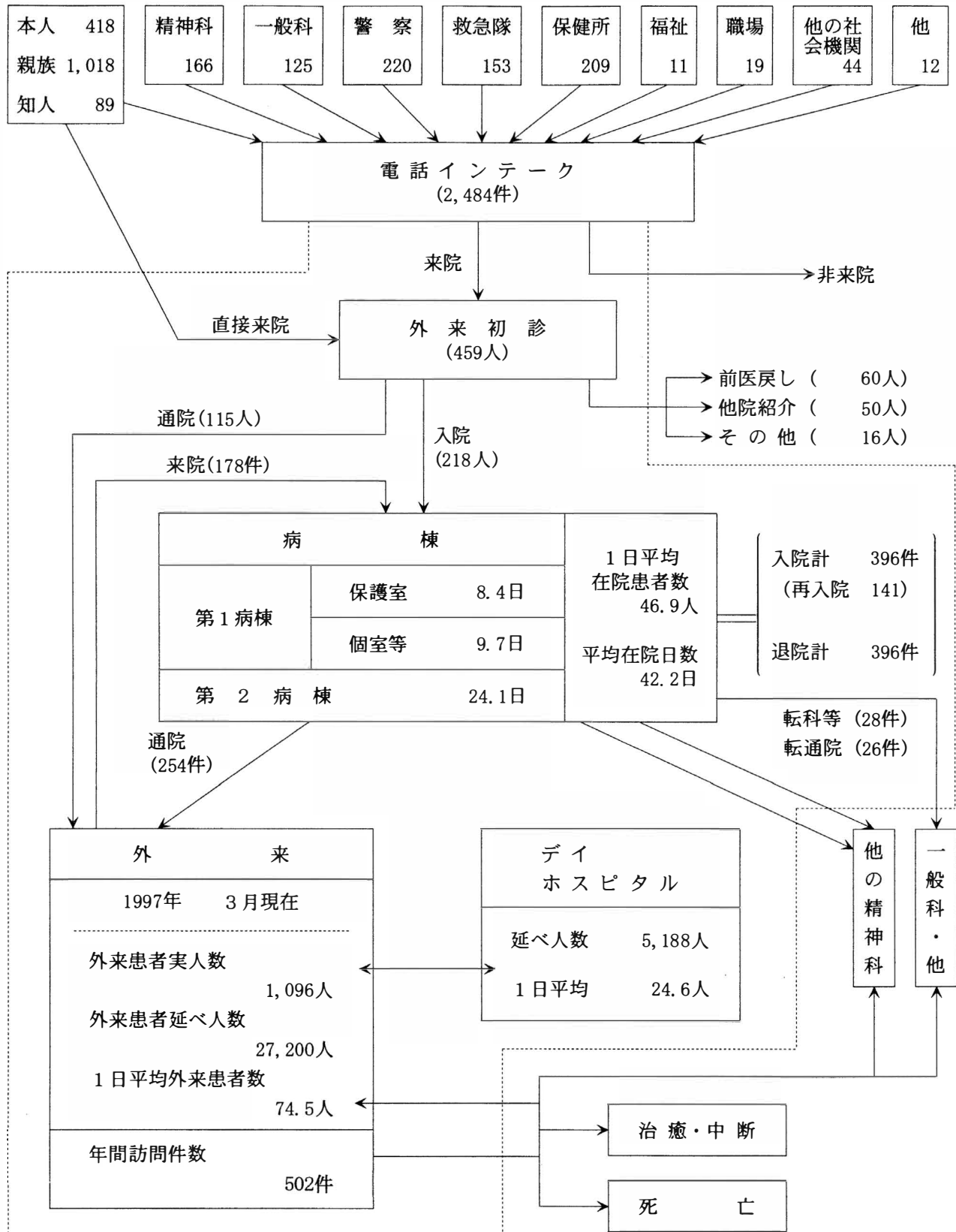


図 千葉県精神科医療センター新規ケースフロー (1996年4月1日～1997年3月31日)

太田知子：臨床保健婦の立場からのケアマネジメントを考える精神看護第67号 19-24 1998

表3 診療各部門のタスク

診療の流れ	タスク	中心スタッフ
電話インテーク	緊急度の判定とスクリーニング	PSW
救急外来	治療の要否と処遇形態の決定	医師
第1病棟	自律機能回復とセルフケア自立の援助	医師＋看護
第2病棟	在宅医療可能な水準へ回復促進	看護＋医師
デイホスピタル	短期入院治療の補完，社会的役割獲得	DHスタッフ
一般外来	再発防止，サポートネットワーク拡充	PHN
電話相談 ケースワーク	孤立・再発の防止 リハビリテーションの促進	PSW

表4 自律性と関係性の障害，1，2，3段階

	自律性	関係性
1.	サーカディアンリズム崩壊，栄養失調，発熱，低体温，不潔（数ヵ月入浴せず），皮膚疾患，足趾，歯に問題，高度便秘，尿閉，大小便失禁など。	完全な引き籠り，閉居，言語交流不能，現実との関係は保持できない，妄想的リアリティーに没頭「病院にいる」とは認識していない。
2.	サーカディアンリズム回復（睡眠延長），心地よいケダルさ，面倒臭さ，清潔保持は自力で出来る，食欲昂進（甘いもの），便秘は解消，むしろ下痢が多い。	一対一の人間関係は保てる，言葉で今までのイキサツを話せる，現実との関係で疲労しやすい。
3.	普通のサーカディアンリズムに近い，洗濯，掃除，化粧，お洒落など，外出，外泊など。	多数の人との関係可能，病院外社会とのつながりの回復と獲得，増加，病前よりマシな人間関係になることも。

表5 治療の3段階のそれぞれの課題

	Task-1 (autonomy) 自律性	Task-2 (relation to reality) 現実との関係
Phase-1	1. 睡眠の確保 2. 自発的な食事（咀嚼，嚥下ができること） 3. 排泄行動が自力でできる 4. 介助すれば清潔保持ができる	1. 安全確保の保障 2. 時空のオリエンテーションの回復，「病院」にいることの理解 3. 少なくとも一人の医療スタッフと相互認知できる。 4. 言語的交流の回復
Phase-2	1. 概日リズムの回復（しばしば睡眠時間延長） 2. 食事，排泄，清潔保持の自立 3. 着衣化粧などの自立	1. 医療スタッフとの良好な関係 2. 発病に至る過程を想起すること 3. できれば，想起したことについて話し合うこと
Phase-3	1. 睡眠・生活リズムの復旧 2. 病院外への外出，買い物などができるようになる（現金の自己管理） 3. リスクを自己管理する	1. 病院を出てからの予測される問題をスタッフと話し合う 2. 状況を評価する 3. 退院後の生活設計をする 4. 病院外の援助者を，事前に知っておく

計見一雄：精神科救急ハンドブック 新興医学出版社 1992

表6 急性期入院治療のプロセス

病期	患者の状況	治療目標	病室	スタッフ	身体療法	精神療法	期間
急性期	無構造な時空、不条理な世界に放り出される。事態を説明しようとすれば妄想と名づけられる。客観的には、合目的行動のとれない迷走状態、ホメオスターシスが崩壊。	①身体管理、②睡眠・摂食・排泄の確保、③1対1関係の成立と衝動のコントロール	隔離・個室	医師・看護婦が中心スタッフ。高密度のスタッフが必要。	①シンプルかつ十分量の抗精神病薬と睡眠薬の急速投与、②通電療法（無けいれんタイプ）	非言語的通信の重視と安全保障の確保が治療目標。患者に密着してメッセージを聞き取る。	2週間以内
臨界期	急性期の嵐が過ぎ去り、外界との部分的通信が可能となったが、疲れやすく壊れやすい時期。客観的には、「喰っちゃ寝」ないしは繭の中の蛹のような休止・充電状態。	①急速の確保（繭のような環境の保証）、②セルフケアの自立、③1対2関係の成立	個室	医師・看護婦が中心だが、PSWや保健婦などのチームが形成される。	向精神薬は行動範囲の拡大（＝外的情報刺激の増大）よりも、ゆっくりと減量する。	内的ストーリーの再編成作業。妄想世界への迷入を防ぐ治療者の現実的インパクトが重要。	2週間
回復期	リアリティはおおむね回復し、介助なしでも病院内での生活行動は可能になるが、依然として疲れやすい。一方で、現実的な課題が急速に再認識されるようになるため、抑うつ的となりやすい。	①家庭人としての機能評価、②在宅ケアを支える条件の評価と補強、③実際の生活場面を想定したトレーニング	多床室	看護スタッフが中心。PSWやCP、保健婦、地域スタッフなど多様なスタッフが関与する	抑うつ状態への薬物療法的介入。	再発予防のためのフィードバック。障害の受容と治療同盟の確立。	4週間以内

計見一雄編著：スタンダード精神科救急医療 メジカルフレンド社 1998